

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

283

Année 1893

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Eugène GIRARD

Né à Guillon (Yonne), le 3 septembre 1865.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE
DE LA HANCHE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges { MM.
TARNIER, professeur.
SCHWARTZ, BAR, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

283

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Juin 1893, à 1 heure.

PAR

Eugène GIRARD

Né à Guillon (Yonne), le 3 septembre 1865.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE
DE LA HANCHE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges { MM.
TARNIER, professeur.
SCHWARTZ, BAR, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MENÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISSAUD.	CLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Le secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE, A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine

A M. LE DOCTEUR TROISIER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine

Médecin de l'hôpital Lariboisière

Hommage de profonde reconnaissance.

Nous ne voulons pas entrer en matière sans remercier bien sincèrement ceux qui nous ont aidé dans ce très modeste travail.

M. le D^r Broca, chirurgien des hôpitaux, nous a indiqué le sujet ; avec une grande bienveillance il a mis à notre disposition des observations qui lui étaient personnelles ; il n'a cessé de nous prodiguer ses conseils ; qu'il reçoive le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Notre ami Jacob ne nous a pas non plus épargné ses conseils ; MM. Manson et Delanglade, internes du service, ont mis à notre disposition avec une extrême obligeance les observations qu'ils avaient recueillies. Toute notre gratitude leur est acquise.

M. le professeur Lannelongue, absent, n'a pu accepter la présidence de cette thèse ; nous devons cependant affirmer le profond respect que nous avons pour cet éminent maître.

M. le professeur Le Dentu, à qui M. Lannelongue nous a adressé, a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse ; qu'il reçoive avec nos bien sincères remerciements le respectueux hommage de notre reconnaissance.

Dans une thèse faite en 1886 (1) sous les auspices de M. le professeur Lannelongue sur l'ostéomyélite de l'os iliaque, il est dit ceci : « Nous ne parlerons pas de l'ostéomyélite acétabulaire ou intra-cotyloïdienne primitive dont nous n'avons pu recueillir qu'un cas. Nous sommes loin cependant de nier l'existence ni même la fréquence possible de cette ostéomyélite. » En effet, depuis cette époque, un certain nombre d'observations ont été publiées ; d'autre part, quelques malades soignés récemment et même encore en traitement dans le service de M. le professeur Lannelongue à l'hôpital Trousseau, sont atteints de cette affection ; c'est ainsi que, sur les conseils de M. le D^r Broca, nous avons cru intéressant de réunir ces quelques observations en notant certains points dignes de remarque qu'elles peuvent présenter. Nous examinerons donc successivement ce que peuvent avoir de particulier l'étiologie, les symptômes, le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette localisation de l'ostéomyélite.

Le travail sera du reste facile ; en effet, symptômes, diagnostic, traitement de l'ostéomyélite de l'os des îles, ou que l'affection soit localisée sur l'os, sont bien connus depuis les travaux de M. Lannelongue et de ses élèves, et

(1) FLEURY. *De l'ostéomyélite de l'os iliaque*. Thèse de Paris, 1886.

nous n'avons d'autres idées sur ce sujet que celles émises par les auteurs; il nous reste donc à faire quelques brefs chapitres commentant en quelque sorte les observations que nous avons réunies.

DE L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE.

L'articulation de la hanche présente deux surfaces osseuses qui peuvent être l'une et l'autre et séparément atteintes d'ostéomyélite primitive ; cependant assez souvent les lésions osseuses portent aussi bien sur la tête fémorale que sur la cavité cotyloïde : nous entendrons donc par ostéomyélite de la hanche, l'ostéomyélite localisée soit sur la cavité cotyloïde et la tête fémorale tout ensemble, soit sur l'une de ces parties osseuses seulement.

L'ostéomyélite de la cavité cotyloïde ou ostéomyélite acétabulaire a été encore dite par Goullioud (1), ostéïte prépubertique, par opposition avec les ostéïtes qui se développent sur les autres points de l'os des îles et dites ostéïtes postpubertiques. En réalité la localisation suivant l'âge n'est pas aussi tranchée : Giraldès (2) cite une ostéomyélite de l'ischion chez un garçon de 7 ans ; M. Lannelongue (3)

(1) GOULLIoud. Thèse de Lyon, 1883.

(2) GIRALDÈS. Maladies chirurgicales des enfants, 1869, p. 780.

(3) LANNELONGUE. De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, 1879 (Obs. XXII), p. 163.

un cas d'ostéomyélite de la crête iliaque chez une fille de 11 ans; par contre, nous avons dans une observation que nous reproduisons (Obs. IV), observation présentée à la Société anatomique par M. Mauny, le 5 décembre 1890, une ostéomyélite acétabulaire développée chez un jeune homme de 16 ans.

Dans une autre observation, celle d'un malade de 14 ans en traitement aujourd'hui dans le service de M. Lanne-longue, l'ostéomyélite de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale a pu être constatée, avec de nombreuses autres localisations, du reste, dans ce cas.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins vrai que l'ostéomyélite de la hanche est une affection de la première et de la seconde enfance; et à part les cas précédemment cités, nous trouvons comme âges extrêmes dans les observations que nous avons réunies, 15 jours et 11 ans. Il y a d'ailleurs une coïncidence importante, coïncidence bien établie par Goullioud dans sa thèse, et sur laquelle il a fondé sa division des ostéites de l'os iliaque, entre l'âge où paraît cette affection et le développement de l'os des îles, puisque c'est vers 12 ans seulement, c'est-à-dire à l'âge de puberté, que se soudent les trois pièces destinées à constituer l'os iliaque et que la soudure de ces trois os, ilion, ischion et pubis, a lieu précisément dans la cavité cotyloïde (cartilage en Y).

L'ostéomyélite de la hanche ne présente rien de particulier au point de vue des lésions osseuses; il nous a été donné de voir une destruction complète du cartilage en Y et le chevauchement les unes sur les autres des trois pièces qui constituent l'os des îles (Obs. I). Du côté du fémur

nous avons pu observer un décollement presque complet de la tête, puisqu'il n'a fallu qu'un coup d'ongle pour achever ce décollement (Obs. II). Ce sont là les lésions les plus marquées que nous ayons observées ; nous ne dirons rien des autres lésions cartilagineuses et osseuses qui rentrent dans le cadre de l'ostéomyélite en général.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES.

D'après les statistiques, l'ostéomyélite en général est beaucoup plus fréquente chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles. M. Lannelongue cite les proportions suivantes : sur 100 cas,

Garçons.	70
Filles.	28
Sexe non indiqué.	2

Sur les 24 observations publiées dans son Mémoire sur l'ostéomyélite aiguë, on trouve 16 garçons et 8 filles ; ainsi le sexe masculin fournirait un tribut des deux tiers des cas et même plus à la maladie. On explique cette fréquence plus grande par les traumatismes plus communs, les fatigues plus répétées chez les garçons ; ce sont là des causes appuyées sur des faits que cite M. Lannelongue dans son Mémoire.

Nous avons pu réunir dix observations d'ostéomyélite de

la hanche et, sur ces dix observations, nous avons trouvé 5 garçons et 5 filles ; mais, malgré ce fait, il ne nous est guère possible d'affirmer que, même pour cette localisation de l'ostéomyélite, la fréquence est aussi grande chez les filles que chez les garçons ; ce nombre d'observations est trop peu considérable pour dresser une statistique ayant de la valeur, et il faudrait que de nouveaux faits vinssent s'ajouter à ceux-ci pour qu'on pût affirmer que réellement les filles sont aussi sujettes que les garçons à cette localisation et déterminer la cause de cette égalité, alors qu'il y a une si grande différence dans les autres localisations de la maladie.

L'influence rhumatismale a été invoquée comme cause fréquente de l'ostéomyélite (Schutzenberger, Bœckel, Giralès), mais peut-être parce que les mêmes causes, froid, humidité, etc., pouvaient déterminer aussi bien le rhumatisme que l'ostéomyélite ; car « ni la marche de l'ostéomyélite, ni la suppuration qui l'accompagne, ni ses complications qui sont d'ordre septique, ne permettent de pousser plus loin un rapprochement en faveur du rhumatisme (1) ».

Dans nos observations, il ne nous a été donné qu'une seule fois (Obs. II) de constater dans les antécédents héréditaires du rhumatisme chez la mère d'une malade, et c'est tout.

Nous avons remarqué une seule fois aussi d'une façon bien nette l'influence du traumatisme ; il s'agissait d'une

(1) LANNELONGUE. Mémoire sur l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, p. 78.

petite fille (Obs. VII) qui, vingt-quatre heures après un écart un peu violent, avait été prise d'une douleur assez vive dans la hanche gauche, accompagnée bientôt d'un état général très grave.

Dans un cas (Obs. V), nous avons des antécédents syphilitiques chez les parents ; mais peut-on les invoquer ? « En dehors de l'influence toute particulière exercée par les phénomènes physiologiques propres à la croissance des os, on cherche vainement dans une diathèse antérieure un lien originel commun à tous les faits (1).

Dans d'autres cas enfin (Obs. IV, VI, X), nous n'avons pu relater aucune circonstance étiologique qui pût expliquer l'affection, mais ces causes existent pourtant et nous devons les chercher ailleurs. Par son allure rapide, l'état général grave qui l'accompagne, l'ostéomyélite devait être regardée comme une maladie infectieuse et déjà, en 1874, Lücke, invoquant la présence de microbes dans les foyers d'ostéomyélite, déclare que des agents pathogènes ont envahi l'économie par la voie vasculaire.

Mais il faut arriver à 1880 pour avoir des notions précises sur la nature infectieuse de l'ostéomyélite. M. Pasteur recueille le pus provenant d'une ostéomyélite qu'opère M. Lannelongue et, le 4 mai 1880, il déclare à l'Académie de médecine qu'il a trouvé dans ce pus « un organisme pareil à l'organisme du furoncle par couples de deux et quatre grains et par paquets de ces mêmes grains, les uns à contours nets, accusés, les autres peu visibles et

(1) LANNELONGUE, Ouvrage cité, p. 78.

à contours très pâles ; si j'osais m'exprimer ainsi, ajoute M. Pasteur, je dirais que dans ce cas tout au moins l'ostéomyélite a été un furoncle de la moelle ».

C'était le *staphylococcus pyogenes aureus* qu'avait trouvé Pasteur ; depuis, on a découvert dans les lésions de l'ostéomyélite, le *streptococcus pyogenes*, et récemment on y a même trouvé des pneumocoques.

M. le professeur Lannelongue (Société de chirurgie, séance du 9 juin 1886) a bien indiqué les portes d'entrée de ces agents pathogènes dans l'organisme. Ce sont des écorchures des plaies, des érosions souvent insignifiantes du tégument externe, des furoncles, qui ont servi d'introduction aux microbes, et on a trouvé d'une manière presque constante une de ces causes lorsqu'on les a cherchées ; elles précèdent de quinze jours ou trois semaines l'éclosion des accidents d'ostéomyélite. C'est fort probablement quelque une de ces érosions passées inaperçues qui a déterminé l'affection dans les cas où nous n'avons pu noter aucune cause.

En revanche, nous pouvons noter des faits qui concordent parfaitement avec les assertions de M. Lannelongue.

Dans l'observation I, l'enfant a commencé à souffrir de la tête sans que les parents aient cependant constaté aucune lésion ; deux jours après que les accidents généraux se sont déclarés, on constate à la tête un abcès assez étendu et aussitôt la cuisse commence à gonfler. Dans le pus, on a trouvé beaucoup de staphylocoques dorés et quelques streptocoques.

Dans l'observation III, que nous devons à l'extrême

obligeance de M. le docteur Broca, c'est encore par un abcès que l'affection débute : M. le docteur Broca est appelé auprès d'un enfant dont la mère a constaté une petite tumeur en arrière de l'apophyse mastoïde droite ; deux jours après, la fluctuation devient manifeste dans cette tumeur qui est incisée, et cinq jours après l'ostéomyélite se déclare par un frisson très violent, une fièvre intense, la température monte à 41°.

Enfin dans l'observation VIII, qui est une des premières publiées sur l'ostéomyélite intracotyloïdienne par Goullioud dans sa thèse inaugurale, c'est un phlegmon diffus du sein qu'on observe comme premier phénomène morbide ; trois jours après, l'ostéomyélite se déclare.

Enfin, dans certains cas, on a vu l'ostéomyélite coïncider chez des enfants avec une infection de la mère. M. Lannelongue a observé un cas d'ostéomyélite à streptocoques sur l'enfant d'une femme atteinte d'érysipèle, et nous avons ici un cas à peu près semblable consécutif à une sorte d'affection puerpérale ; c'est un jeune enfant de deux mois et demi (Obs. IX) qui entre mourant à l'hôpital ; sa mère se plaint de douleurs dans le ventre et de pertes blanches depuis son accouchement. L'enfant est mal portant depuis sa naissance et présente de nombreux foyers d'ostéomyélite. Les cultures du pus démontrent la présence du seul streptocoque.

En résumé, les causes de l'ostéomyélite ne varient guère où que l'affection soit localisée ; si l'on trouve le traumatisme, le froid, la fatigue au début de la maladie, ce ne sont

là que des causes prédisposantes; la cause déterminante est la présence dans l'os d'agents pathogènes qui sont le staphylocoque doré, le streptocoque pyogène, et bien plus rarement le pneumocoque.

DES SYMPTOMES DE L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE.

Les symptômes de l'ostéomyélite en général se divisent en symptômes généraux et symptômes locaux ; ceux de l'ostéomyélite de la hanche gardent la même division, mais ce qu'il importe de faire ressortir, ce sont les symptômes généraux ; non pas que ce soient eux qui ouvrent la scène pas plus que dans les autres localisations de l'ostéomyélite ; ici comme ailleurs, la douleur est la première manifestation de l'affection, celle dont se plaignent d'abord les malades ; mais les symptômes généraux sont plus rapides, ils affectent bientôt une très grande gravité qui existe moins souvent dans les autres localisations de l'ostéomyélite où les phénomènes locaux dominent et où il ne reste en même temps qu'eux que de la fièvre.

Ici ce sont les phénomènes généraux qui dominent la scène ; ce sont eux que nous essaierons de décrire d'abord, pour revenir ensuite aux symptômes locaux et à la douleur que nous tenterons d'analyser alors seulement, malgré qu'il soit bien entendu qu'elle précède au moins de quelque temps les symptômes généraux.

Tout à coup le malade est pris d'un frisson violent (Obs. III), d'une fièvre intense, la température atteint 40° et même 41°; le pouls marque 110, 120, 130 pulsations à la minute, quelquefois il devient si rapide qu'on ne peut plus le compter. Le malade présente un état typhoïde grave; il est couché sur le côté sain et plus souvent encore dans le décubitus dorsal; la prostration est extrême; les traits de la face sont immobiles, sans expression; les yeux hagards, les narines sont pulvérulentes, la langue est sèche, les lèvres fuligineuses: quelquefois on observe un délire plus ou moins bruyant (Obs. III et IV). M. Lannelongue cite le cas d'un malade qui, atteint depuis deux jours, sortit de la salle pendant la nuit et courait dans les jardins de l'hôpital, en chemise, par une température rigoureuse de janvier. En outre, les malades se plaignent de partout plutôt que du point où s'est localisée la maladie.

Dans l'observation II, nous avons une malade de 11 ans qui se plaint à peu près autant quand on touche son genou droit que sa hanche gauche, bien que ce genou soit sain. Souvent encore l'enfant, dans cet état adynamique, pousse des gémissements continus (Obs. I).

Comme symptômes locaux, nous avons d'abord la douleur qui précède même les phénomènes généraux. Cette douleur, d'abord passagère, a pour siège la région de la hanche tout entière, puis elle devient continue; mais dans cette forme de l'ostéomyélite, l'enfant souffre moins que dans les autres variétés de l'affection, car dans l'état typhoïde grave qui accompagne l'ostéomyélite de la hanche, la douleur cesse d'être aussi vive et il faut des mouvements pour lui rendre son intensité; aussi les malades gardent-ils

une immobilité absolue, le moindre mouvement leur faisant pousser des cris; le membre est donc impotent, et de là aussi vient la difficulté d'examen pour déterminer le siège précis de la douleur, car la pression est excessivement douloureuse également surtout lorsqu'on arrive dans la région où le mala débuté et où il a atteint sa plus grande intensité; d'où nécessité d'avoir le plus souvent recours au sommeil chloroformique pour pratiquer l'examen de ces malades.

Pour les symptômes locaux nous distinguerons deux formes de l'affection : une forme où les phénomènes sont localisés du côté du bassin, une autre où les phénomènes sont localisés du côté de la cuisse, suivant que le pus tend à se faire jour du côté du bassin ou du côté de la cuisse. Les deux formes peuvent du reste se trouver réunies chez le même sujet (Obs. I).

Ce qui frappe d'abord la vue, c'est très peu de temps après les phénomènes généraux un gonflement considérable de toute la racine de la cuisse, le gonflement présentant ordinairement la forme de jambon, forme propre aux ostéomyélite de cette région (Obs. II). Ce gonflement habituellement circulaire peut descendre assez bas sur la cuisse; quelquefois il se termine par un bourrelet dur et profond qui limite la tuméfaction (Obs. III); d'autres fois il est moins bien limité; le pli fessier est effacé.

Lorsque le pus tend à se faire jour du côté du bassin, le gonflement se localise plutôt en avant sur la fosse iliaque du côté lésé, le pli de l'aîne, le pli génito-crural sont effacés entièrement; les grandes lèvres sont tuméfiées chez

les filles (Obs. II); chez les garçons le scrotum présente un œdème plus ou moins considérable (Obs. I.)

Dans presque tous les cas, il existe une circulation veineuse superficielle assez développée, tantôt sur le côté de l'abdomen où se trouve la lésion (on peut même voir de grosses veinosités remonter jusque sur le côté correspondant du thorax (Obs. II), tantôt sur la racine de la cuisse suivant la localisation.

Dans la région où siège le gonflement, la peau a une couleur blanche mate ou luisante sans rougeur dans la majorité des cas; le plus souvent elle est plus ou moins infiltrée œdémateuse. Lorsque le pus fuse du côté de la cuisse, à la palpation on peut constater un empâtement profond plus limité que le gonflement; du côté du bassin, si l'abcès a le temps d'évoluer, on peut constater dans la fosse iliaque interne également à la palpation une tumeur présentant de l'empâtement et dans ce cas il est parfois possible de constater la fluctuation, mais il faut pour cela se servir du chloroforme de façon à pouvoir mettre la cuisse en extension; en effet, lorsque le pus fuse du côté du bassin, il détermine une contraction du psoas déterminant elle-même une position particulière de la cuisse qui se trouve toujours fléchie (Obs. I.)

Sous l'influence du sommeil chloroformique, on peut en outre déterminer des mouvements de la cuisse; ces mouvements de flexion et d'adduction font entendre de gros craquements dans l'articulation de la hanche; la pression exercée sur le grand trochanter reproduit ces mêmes gros craquements (Obs. I). Dans l'observation X, en soulevant la cuisse, on aperçoit également dans la hanche un gros

craquement sec manifestement dû au frottement des deux surfaces osseuses dénudées.

Parmi les nombreuses complications de l'ostéomyélite de la hanche, la plus ordinaire est l'arthrite purulente. Ce n'est même pas une complication, c'est un phénomène consécutif forcé; en effet « l'apparition de l'arthrite peut être prompte si l'affection a pour siège initial une épiphyse dont les rapports avec la synoviale sont très étendus » (1); or l'épiphyse supérieure du fémur est tout entière située dans l'intérieur de l'articulation de la hanche; toutes les inflammations osseuses durant la période de croissance deviennent donc le point de départ d'une arthrite. Du côté du bassin, le cartilage situé à l'union des trois pièces osseuses qui constituent la cavité cotyloïde ou du moins les points épiphysaires qui convergent en cette cavité peuvent également devenir le point de départ de phénomènes inflammatoires qui ont pour conséquence forcée l'envahissement de l'articulation, et en effet dans presque toutes nos observations on a retiré du pus en pratiquant l'arthrotomie ou bien on a trouvé l'articulation pleine de pus à l'autopsie.

Les complications viscérales secondaires à l'ostéomyélite sont assez communes comme dans les autres maladies infectieuses en général; la pneumonie, la pleurésie purulente, la péricardite, etc., ont été signalées bien des fois. Dans nos observations nous avons trois cas d'infection viscérale secondaire.

(1) LANNELONGUE, ouvrage cité, p. 55.

Dans l'observation II on trouve une endocardite caractérisée par un souffle au premier temps et à la pointe; ce souffle est exactement systolique et exactement à la pointe affectant les caractères du souffle en jet de vapeur.

Dans les observations IV et VII la broncho-pneumonie est cause de la mort des malades, et l'autopsie démontre une congestion pulmonaire intense; chez la malade de l'observation IV, on trouve aussi de la péricardite sèche.

La pyohémie est aussi une complication de l'ostéomyélite et le malade de notre observation X succombe à l'infection purulente avec état général très grave, grandes oscillations thermométriques, arthrites purulentes multiples dans les épaules et dans le genou.

En somme, les complications de l'ostéomyélite de la hanche sont celles de l'ostéomyélite en général et il n'y a à noter de particulier que l'arthrite purulente qui n'est pas propre à cette localisation de l'ostéomyélite, mais qui est beaucoup plus fréquente là que partout ailleurs.

DIAGNOSTIC DE L'OSTÉOMYÉLITE DE LA HANCHE.

Le diagnostic de l'ostéomyélite de la hanche est souvent assez difficile; les symptômes généraux peuvent faire penser à une fièvre typhoïde, puisqu'ils sont semblables dans les deux affections, et la méprise est assez fréquente. Pourtant dans l'ostéomyélite le ventre ne présente ni les taches ni le gargouillement de la fièvre typhoïde, il n'y a pas de diarrhée mais plutôt de la constipation. Du reste, lorsqu'un jeune enfant se présente avec un état typhoïde plus ou moins prononcé, il faut toujours penser à l'ostéomyélite et rechercher les localisations; peut-être même a-t-on décrit souvent des arthrites infectieuses consécutives à la fièvre typhoïde qui n'étaient autres que de l'ostéomyélite passée inaperçue.

Une autre méprise peut-être plus commune est celle qu'on peut commettre en confondant l'ostéomyélite avec le rhumatisme articulaire aigu, surtout au début : le gonflement de la hanche existe dans les deux affections, la douleur aussi; souvent encore l'endocardite existe dans l'une et

l'autre maladie et peut venir compliquer le diagnostic, mais si la fièvre est élevée dans les deux cas l'état général est moins grave cependant dans le rhumatisme; en outre il est bien rare que le rhumatisme reste localisé à une seule articulation. Si l'ostéomyélite envahit plusieurs articulations, elle le fait par poussées successives, tandis que le rhumatisme est beaucoup plus brusque.

Le diagnostic doit se faire aussi avec la coxalgie : lorsque cette affection de la hanche suit sa marche habituelle, on ne peut guère la confondre avec l'ostéomyélite franchement aiguë; mais l'ostéomyélite peut avoir une marche subaiguë et même en quelque sorte chronique, bien que nous n'ayons pas observé de cas semblables; l'erreur devient alors bien plus facile et ce n'est guère que l'état général et les antécédents qui peuvent permettre de l'éviter. Quelquefois aussi le début de la coxalgie peut être très brusque, après un traumatisme par exemple; dans ce cas encore la température peut être aussi élevée dans les deux affections, mais l'état général n'est pas si grave.

Enfin, dans nos observations (Obs. I), nous avons un cas où un malade entrant dans le service de M. le Dr Moizard avec la cuisse en flexion, dans l'attitude dite pathognomonique de la psoïtis, on avait pensé d'abord à cette affection; mais il faut se rappeler que dans la psoïtis la douleur est le plus souvent lombaire, quelquefois cependant localisée à la fosse iliaque; que l'empâtement existe surtout aussi à la région lombaire ou s'il existe à la fosse iliaque, il est très profond et non circonscrit comme la tumeur formée par l'abcès ostéomyélique; en outre la douleur à la pression sur l'articulation est un signe de l'os-

téomyélite qu'on ne retrouve pas dans la psoïtis, affection du reste de l'adulte et fort rare, tandis que l'ostéomyélite de la hanche est toujours une maladie de l'enfance.

L'ostéomyélite de la hanche droite pourrait encore être confondue avec la typhlite; mais, dans ce cas, l'état général est moins grave, la température ne s'élève guère au-dessus de 38° à 39°; le défaut de gonflement, de circulation, veineuse superficielle, la forme de la tumeur qui est cylindrique, susceptible de quelques mouvements de latéralité, sont des signes suffisants pour qu'on ne confonde ni la typhlite, ni la pérityphlite avec l'ostéomyélite, sans compter les phénomènes gastro-intestinaux, tels que vomissements, qui existent dans la typhlite et font défaut dans l'ostéomyélite de la hanche.

En résumé, nous ne saurions trop réinsister sur l'état général, et lorsque la moindre douleur l'accompagne, il faut inciser, même à tort, car l'erreur est moins préjudiciable au malade que l'attente.

PRONOSTIC.

L'ostéomyélite en général est une affection grave ; sur les 24 observations publiées dans le Mémoire de M. le professeur Lannelongue, il y a 12 morts et 12 guérisons ce qui fait une mortalité moyenne de 50 pour 100. Fleury, sur les 19 observations de l'ostéomyélite de l'os iliaque qu'il publie dans sa thèse, compte 7 morts, ce qui fait une moyenne d'environ 36 pour 100.

L'ostéomyélite localisée à la hanche semble comporter un pronostic beaucoup plus sombre encore, puisque sur les 10 observations que nous citons la terminaison fatale a lieu 9 fois et que le 10^e malade est encore en traitement depuis de longs mois.

Cette gravité de l'affection localisée à la hanche tient à plusieurs raisons ; d'abord l'infection générale marquée par un état typhoïde grave peut emporter les malades avant même que les lésions locales soient bien prononcées ; en outre l'arthrite purulente est une complication terrible et forcée ; aussi détermine-t-elle le plus souvent la mort, sans compter les autres complications, broncho-pneumonie, pyohémie qui tuent les malades bien plutôt que l'affection locale.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'ostéomyélite de la hanche comporte plusieurs indications; d'abord, comme dans toute maladie infectieuse, il faut autant que possible soutenir l'état général du malade, donner par les toniques autant de force de résistance que l'on peut à l'organisme; mais le traitement local est de beaucoup plus important et il importe avant tout qu'il soit rapide. Sitôt donc que des phénomènes généraux graves avec douleur localisée à la hanche ont été remarqués chez des enfants on doit intervenir au plus vite.

L'incision sera faite de préférence en arrière; si on a ainsi plus de parties molles à diviser on n'a pas à craindre les gros vaisseaux; cette incision doit être assez longue; lorsqu'on arrive sur l'articulation, on la met à nu par une incision de la capsule. On peut alors examiner le cotyle et la tête fémorale.

Si les lésions prédominent du côté du fémur, si la tête fémorale est dénudée, on pratique aussitôt sa résection. Si au contraire la tête fémorale n'est que peu atteinte et si les lésions sont surtout localisées sur le cotyle, l'incision simple

de l'articulation ne suffit plus la plupart du temps, car la tête fémorale est un obstacle au drainage et le pus s'évacuerait difficilement alors; aussi depuis quelque temps déjà, malgré le peu ou même le défaut complet de lésions de la tête fémorale, on a l'habitude de la réséquer quand même.

Après l'opération il faut employer l'extension continue pour éviter les luxations du col et ses déplacements dans la fosse iliaque.

Quand il y a abcès pelvien ou quand le pus prédomine en avant, l'incision se fait alors au niveau de l'abcès en évitant avec soin les vaisseaux fémoraux; consécutivement on draine la plaie comme dans le cas précédent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Ostéomyélite de la hanche droite.

Le nommé L. F., 7 ans, entre à l'hôpital Trousseau, salle Archambault, dans le service de M. le docteur Moizard, le 15 mars 1892.

Comme antécédents héréditaires, on note que le père et la mère sont bien portants. Deux sœurs sont mortes : l'une de méningite, l'autre d'une affection pulmonaire aiguë.

L'enfant a commencé à souffrir de la tête le 1^{er} mars, sans que les parents aient constaté aucune lésion.

Le 16 mars, à l'examen : L'enfant a un aspect typhique très marqué ; il est dans un état de prostration assez consi-

dérable, il a du délire nocturne, il pousse des cris plaintifs ; sa langue est saburrale, il a de l'anorexie, de la constipation.

La température, qui est de 38° le matin, atteint le soir 40°,4.

A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants très nombreux.

Le membre inférieur droit et très fléchi, les mouvements sont impossibles, surtout l'adduction et l'abduction.

Le palper et la percussion de la hanche et du grand trochanter ne sont pas douloureux.

Le 18 mars, on trouve à la tête un abcès assez étendu. L'ouverture en est faite au bistouri, il s'écoule un pus sanieux très liquide.

Le gonflement de la cuisse est plus marqué.

L'état général paraît cependant amélioré.

La température reste toute la journée à 38°.

Le 20 mars, un petit abcès apparaît au coude. Il est ouvert aussitôt. L'examen a montré que le pus contenait de nombreux staphylocoques et quelques streptocoques.

Le 23 mars. L'amélioration de l'état général est de plus en plus nette. Les mouvements de la cuisse sont toujours aussi douloureux.

La température se maintient entre 38° et 38°,4.

Le 25 mars, on constate que le sillon inguinal est effacé ; dans la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite, on trouve une tumeur rénitente.

Le 27 mars. Augmentation du volume de la cuisse, empâtement profond dans ce membre.

Deux nouveaux abcès se montrent dans la région dorsale supérieure, l'un profond, l'autre sous-cutané.

Le 28 mars. On constate une circulation complémentaire assez développée dans la moitié droite de l'abdomen et dans les bourses. Il existe en outre un léger œdème au scrotum.

Le 30 mars. L'enfant passe à la salle Denonvilliers, dans le service de M. le professeur Lannelongue. Il est pâle, très amaigri, il a de légères épistaxis ; on constate un œdème considérable de la cuisse droite, et une tumeur fluctuante de la fosse iliaque ; de grosses veinosités existent à la racine de la cuisse.

L'enfant est alors endormi avec le chloroforme ; en pratiquant les mouvements de flexion et d'adduction de la cuisse, on constate de gros craquements dans l'articulation de la hanche ; la pression sur le grand trochanter reproduit ces mêmes craquements.

La température est de 38°,4.

M. le docteur Broca se décide à l'intervention.

Il fait une incision sur l'artère iliaque externe qui est mise à nu avec la veine, soulevée qu'elle était par le foyer purulent. L'incision de ce foyer est faite en dehors des vaisseaux, et M. Broca arrive sur le fond du cotyle dénudé.

C'est un abcès profond du bassin qui a comme origine certaine le cartilage en Y. Pour drainer plus facilement cet abcès pelvien, M. Broca pratique séance tenante une seconde opération, la résection de la hanche, et la tête fémorale une fois enlevée, la trépanation du cotyle au niveau du

cartilage en Y. Des mèches iodoformées sont introduites par les deux incisions.

Il y avait du pus dans la hanche, mais en petite quantité.

Après l'opération, l'enfant s'affaiblit de plus en plus par une suppuration abondante.

La température se tient entre 38° et 39°, à part certains jours où elle monte jusqu'à 40° et même 40°,6. Dans la dernière semaine, l'œdème du membre inférieur est considérable, mais on ne constate pas de nouveaux foyers.

L'enfant meurt le 20 avril.

Autopsie. — Quand on a incisé la peau au niveau du triangle de Scarpa une masse de pus est sortie qui avait contourné le fémur et venait de l'articulation. Les trois os qui forment la cavité cotyloïde sont complètement séparés l'un de l'autre; il n'y a plus de cartilage, les os sont érodés et la cavité est remplie de pus. Le pus a fusé dans la cavité pelvienne, en arrière de l'obturateur interne, puis il est passé en avant de la vessie en décollant le tissu cellulaire et est arrivé du côté gauche du bassin où il existe un vaste foyer sous l'obturateur interne et sous le releveur de l'anus. Ce foyer purulent s'est frayé deux passages, un par la grande échancrure sciatique, l'autre à travers le trou obturateur, pour arriver dans la cuisse gauche sans qu'il y ait de ce côté de lésions, ni dans l'articulation, ni dans le fémur, ni dans le bassin, à part cependant l'épine sciatique gauche qui est dénudée.

OBSERVATION II.

Ostéomyélite de la hanche gauche.

A... M..., 11 ans, entre le 9 mai 1893, salle Giraldès, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

Comme antécédents héréditaires, il n'y a rien à noter pour le père, la mère est rhumatisante; la malade a un frère et une sœur bien portants; un de ses frères est mort en bas âge.

◦ *Examen du 9 mai.* Toute la partie supérieure de la cuisse gauche est le siège d'un gonflement considérable qui donne à l'ensemble de la région la forme jambonnée qui appartient aux ostéomyélites de la région. En avant le pli de l'aîne est effacé et le gonflement remonte sur la partie inférieure du côté gauche de l'abdomen; le pli génito-crural est entièrement comblé lui aussi, les grandes lèvres sont tuméfiées, et l'on ne retrouve en arrière aucune trace du pli fessier.

Dans toute cette étendue les téguments conservent une coloration normale ou presque normale. Ils sont fortement tendus par le gonflement sous-jacent qui semble à première vue disparaître insensiblement vers les parties inférieures.

La circulation veineuse superficielle est relativement peu développée au niveau de la tuméfaction de la hanche. Elle est surtout active sur le tronc et particulièrement sur le côté gauche du thorax. On reconnaît à la palpation qu'il existe cependant en bas, correspondant à la moitié inférieure de la cuisse, un bourrelet dur et profond où s'arrête de ce côté la tuméfaction qui est du reste moins bien limitée dans ses autres parties en haut et en dedans. Cette tuméfaction est dure partout, sauf dans la région antérieure où il existe un peu d'œdème.

En aucun point on ne trouve de fluctuation.

Les douleurs provoquées par l'exploration étant très vives, et l'enfant assez pusillanime, on ne peut obtenir aucun renseignement positif sur le siège de la douleur à la pression.

Elle se plaint à peu près autant, quand on touche son genou droit que sa hanche gauche.

Au niveau de l'épaule droite et s'avancant assez vers la partie moyenne de la clavicule existe une tuméfaction bien marquée avec sensibilité à la pression. L'état des téguments en cette région est à peu près normal et on ne constate pas de fluctuation.

Sur la face dorsale du pied droit dans la région des cunéiformes environ, il y a un peu de gonflement avec état rosé de la peau et douleur à la pression sans fluctuation.

Comme état général l'enfant est très déprimé, son faciès très altéré; elle pousse des gémissements continuels; ses réponses sont brèves et indifférentes; sa langue est saburrale.

La température atteint 40°.

A l'examen des viscères on trouve une endocardite caractérisée par un souffle au premier temps et à la pointe ; ce souffle est exactement systolique et exactement à la pointe, affectant les caractères du souffle en jet de vapeur.

Malgré l'avis de trois médecins qui ont soigné l'enfant pour du rhumatisme aigu, M. Delanglade, interne du service, pose le diagnostic d'ostéomyélite aiguë de la hanche gauche et intervient immédiatement.

Il pratique l'incision de la résection de la hanche, mettant à nu la face externe du grand trochanter et de la diaphyse.

Les tissus sont engorgés, mais on ne trouve pas de pus. On pratique alors la trépanation de la diaphyse, mais il n'y a pas de pus non plus. On suture alors les muscles, puis la peau sans drainage.

Le lendemain 10 mai, M. le professeur Lannelongue procède à un nouvel examen. L'œdème est beaucoup plus accusé en avant, il prédomine nettement à la partie inférieure de l'abdomen. Les mouvements très légers de flexion et de rotation et un peu d'abduction s'exercent sans que l'enfant crie malgré sa pusillanimité, ce qui exclut l'idée d'une affection articulaire où les douleurs seraient très vives à l'occasion des mouvements et où la contracture réflexe engendrée par cette souffrance empêcherait ceux-ci de se produire. Enfin, la douleur semble plus vive sur la face interne et antérieure de l'os iliaque.

M. Lannelongue pose le diagnostic d'ostéomyélite de l'os iliaque au voisinage du trou obturateur. Il pratique une incision en dedans de la veine fémorale et tombe sur

une petite quantité de pus profondément situé contre le pubis et peut-être dans la cavité pelvienne.

Le lendemain 11 mai on pratique une incision au-dessus de la clavicule droite, on trouve la tête de l'os dénudée et on pratique la trépanation.

Malgré tout, l'état général ne s'améliore pas ; dans les jours qui suivent, la température oscille entre $39^{\circ} 5$ et 41° avec quelques légères rémissions où elle tombe à 38° , et l'enfant meurt le 24 mai avec une température matinale de $40^{\circ} 6$.

Autopsie. — En arrivant sur l'articulation de la hanche on trouve à la partie interne de la capsule articulaire deux petits orifices par lesquels a fusé le pus ; on fait communiquer ces orifices par une incision que l'on prolonge de l'un et de l'autre côté, si bien que l'articulation est à nu ; on note alors l'absence de ligament rond ; tout le fond du cotyle est rugueux, dépourvu de cartilage, avec des petites lésions à forme ulcéreuse surtout marquées au niveau des branches du cartilage en Y.

Du côté du fémur on trouve un décollement presque complet de la tête, décollement qui se complète sous un léger effort. L'épiphyse est alors à nu, elle présente des petits mamelons rugueux avec des traînées de pus. Le col fémoral est mou lorsqu'on le sectionne. La dénudation osseuse se continue à la partie antérieure du col sans atteindre la capsule ; à ce niveau l'os est rouge et vasculaire.

OBSERVATION III.

(Communiquée par M. le D^r Broca.)

Ostéomyélite suraiguë de la hanche gauche.

A. P., petite fille de 6 mois, souffre depuis quelque temps d'un eczéma du cuir chevelu. M. le D^r Broca est appelé le 22 mars auprès de l'enfant, la mère ayant aperçu en arrière de l'apophyse mastoïde droite une petite tumeur.

L'enfant porte sur le sommet du crâne deux plaques d'eczéma suintantes, irritées. M. Broca diagnostique un abcès et conseille l'application d'émollients antiseptiques.

Il n'y a pas de fièvre, l'état général est satisfaisant.

Le 24 mars, la fluctuation est manifeste; incision de l'abcès; le pus est très profondément situé, il est mal lié, grumeleux.

Le 26, la plaie s'étant refermée, M. Broca fait une nouvelle incision qui donne issue à une quantité notable de pus.

Le 29 mars dans la soirée, frisson très violent, fièvre intense. La température reste entre 40°6 et 41°.

Il existe un œdème considérable de la racine de la cuisse gauche, avec gonflement surtout en dedans sous les adduc-

teurs; l'état général est mauvais, cependant l'enfant tette encore.

M. Broca pratique une incision verticale à ce niveau, il trouve un abcès volumineux d'où sort un pus mal lié. Au fond, le doigt arrive sur l'extrémité supérieure du fémur dénudée. On pratique la trépanation, et on tamponne la plaie avec de la gaze iodoformée.

Le 30 mars, l'état reste stationnaire.

Le 31, il existe une tuméfaction considérable de la cuisse gauche.

La température est à 41°; le pouls est si rapide qu'on ne peut compter ses pulsations.

L'enfant meurt dans la nuit du 1^{er} au 2 avril.

OBSERVATION IV.

*(Présentée par M. Mauny à la Société anatomique
le 5 décembre 1890.)*

*Ostéomyélite de l'os iliaque. — Fracture spontanée de la
cavité cotyloïde. — Mort par septicémie.*

S. G., bijoutier, âgé de 16 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 novembre 1890.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents, frères et sœurs bien portants.

Lui-même avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'octobre dernier. A cette époque quelques douleurs dans la hanche droite, et cela sans cause appréciable. Pas de coup ni de chute. A été soigné en ville pendant un mois pour du rhumatisme articulaire aigu. (Ces renseignements nous sont donnés par les parents.)

Le 16 novembre, il est admis dans le service de M. le D^r Landrieux où l'on porte le diagnostic de tuberculose aiguë. On constatait à ce moment-là un gonflement notable de l'articulation coxo-fémorale droite avec impotence complète du membre inférieur. La moindre pression exercée sur le grand trochanter déterminait une très vive douleur. Il existait en outre un gonflement énorme de l'articulation phalangienne du médius de la main gauche avec fluctuation évidente dans cette jointure.

Douleur et gonflement à la région sacrée. Broncho-pneumonie.

Le malade est très amaigri. Température élevée au-dessus de 39° tous les soirs, descend à 38°,4, 38°,6 le matin; sueurs profuses, langue sèche. Subdélirium, diarrhée abondante.

On fait l'antisepsie intestinale. Salol. Naphtol. Sulfate de quinine. Alcool.

Au bout de quelques jours, le 21 novembre, le malade passe en chirurgie dans le service de M. le D^r Monod, suppléé par M. le D^r Walther. Il est urgent d'évacuer tous les foyers purulents observés plus haut.

Avec anesthésie chloroformique, ouverture large de l'ar-

articulation coxo-fémorale. Il en sort beaucoup de pus. C'est un pus épais, crémeux et verdâtre. Le doigt enfoncé profondément permet de sentir des lésions manifestes de la cavité cotyloïde, qui est rugueuse, remplie de pus et de petits fragments osseux. La tête fémorale est aussi dépolie, mais ne présente pas au doigt des lésions bien profondes.

On pratique des lavages abondants, au sublimé, de l'articulation. Le fond de la cavité cotyloïde est drainé avec des lanières de gaze iodoformée. On suture la peau sur une certaine étendue. Incision de l'abcès infectieux de la région sacrée et ouverture de l'articulation phalangienne du médius. Ici les surfaces articulaires sont également dépolies, mais on n'y trouve pas l'aspect des lésions tuberculeuses. Pansement antiseptique.

Le lendemain de l'intervention, la température descend à 37°,8. Mais elle remonte au bout de deux jours, malgré les lavages abondants de l'articulation qu'on pratique tous les jours.

Ventouses. Sulfate de quinine. Potion de Todd.

Le troisième jour, l'articulation coxo-fémorale ne contient presque plus de pus. Mais les lésions pulmonaires restent toujours très étendues des deux côtés. Cyanose, Pouls rapide, délire. Le malade succombe le 28 novembre.

Autopsie le 29. — L'os iliaque, disséqué et enlevé avec soin, présente des lésions intéressantes. On voit tout d'abord que ces lésions siègent dans le fond de la cavité cotyloïde. Il reste, en effet, une fracture spontanée de cette cavité, et il y a une disjonction complète de la portion iliaque de l'os coxal.

La tête du fémur, enlevée aussi, est dépolie, rugueuse, mais on ne trouve pas de lésions bien appréciables de l'extrémité supérieure du fémur. Pas de pus dans le ventre.

Thorax. — Double congestion pulmonaire intense, mais pas de traces de lésions tuberculeuses. Pas de tubercules non plus sur les plèvres. Péricardite sèche. On ne trouve pas d'abcès métastatiques. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

OBSERVATION V.

Ostéomyélite de la hanche gauche.

T. A., 2 ans, entre le 1^{er} février 1893 à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue.

Comme antécédents héréditaires, on peut noter que les parents de cette petite fille sont atteints de syphilis. La mère a eu quatre enfants : un mort-né, un à l'âge de six semaines, en complète pourriture (suivant l'expression propre de la mère), un petit garçon âgé de 4 ans et demi, toujours rempli d'abcès et de plaies, enfin la dernière qui entre à l'hôpital.

Le début de l'affection actuelle date de six semaines

avant l'entrée à l'hôpital. A l'examen, le 1^{er} février, il existe un gonflement très volumineux de toute la partie supérieure de la cuisse gauche et de la hanche. La fluctuation est très nettement sentie sur toute cette étendue. Les téguments présentent très peu de rougeur.

La fièvre atteint 39°; l'état général est grave; la pâleur de la face est très grande.

On pratique une incision de 10 à 12 centimètres environ sur le côté externe et supérieur de la hanche, commençant un peu au-dessus du grand trochanter. Il en sort un pus vert phlegmoneux extrêmement abondant. La collection est renfermée dans une poche large anfractueuse avec de très nombreuses fongosités inflammatoires. Il existe des décollements intermusculaires multiples. Le doigt fait facilement le tour de la diaphyse et du col fémoral. Le périoste est respecté à ce niveau.

On sent un point dénudé sur le bord supérieur du grand trochanter et sur la partie de la fosse iliaque externe située immédiatement au-dessus et en arrière de la cavité cotyloïde.

La plaie est bourrée de gaze iodoformée, aucune réunion même partielle n'est tentée.

Le soir, la température a légèrement baissé. Malgré cela, l'état général est très mauvais; le pouls est très petit.

On ne constate pas de lésions viscérales autres qu'un peu de congestion pulmonaire.

Le 2 février. On panse la plaie. On constate un écoulement purulent peu considérable; la plaie est sèche et d'aspect un peu atone.

Le 4 février. Nouveau pansement ; la quantité de pus qui sort de la plaie est assez considérable.

Cette observation est incomplète, car la petite fille, après être restée assez longtemps dans un état stationnaire, passa dans le pavillon des malades douteux avec une température de 39°6, et elle ne tarda pas à y mourir avec la rougeole.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VI.

Ostéomyélite de la hanche gauche.

L. F., 14 ans, entre dans le service du professeur Lannelongue au mois de décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont encore vivants et bien portants ; il a une sœur et trois frères, dont l'un se plaint de douleurs intermittentes dans les membres inférieurs.

Antécédents personnels. — Le malade est entré au mois de février 1892 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur Péan, pour des fistules d'ostéomyélite à la cuisse droite. Il a été opéré là deux mois après son entrée.

Il existait avant l'opération un écoulement de pus qui a persisté après jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle les fistules se sont fermées.

Il y a un mois, le malade a ressenti des douleurs dans la cuisse gauche au niveau de la tête du fémur. Il est resté couché chez lui pendant trois semaines avant de rentrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve une luxation de l'articulation coxo-fémorale en arrière et en haut. Le membre est en rotation en dehors, comme dans une fracture. La mesure prise de l'épine iliaque antéro-supérieure au sommet de la rotule donne pour la cuisse gauche un raccourcissement d'au moins 2 centimètres.

Il existe une forte ensellure. Les deux épines iliaques antéro-supérieures ne sont plus au même niveau ; la gauche est plus élevée.

La cuisse présente, au niveau du petit trochanter et surtout du grand, un empâtement diffus considérable, douloureux à la pression. Le diamètre antéro-postérieur de la fesse est raccourci ; le transversal, au contraire, est allongé. La langue est sale et sèche.

La température est à 40°2.

Le 16 décembre 1892, on pratique la première opération, l'arthrotomie de la hanche ; on trouve la tête fémorale presque séparée du col et on opère sa résection.

Le 21 décembre, le malade se plaint d'une douleur nettement localisée au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. On constate à la face externe de l'os, immédiatement au-dessous de l'épine, l'existence d'une saillie répondant au point douloureux. Il existe un léger empâ-

tement de la région. On diagnostique une hyperostose par suite de poussée d'ostéomyélite aiguë. La température est remontée à 39°4. Opération le même jour. On pratique la trépanation de la crête iliaque droite à travers une perforation spontanée. On enlève en même temps les fongosités.

Le 7 janvier 1893, on pratique la trépanation de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.

Le 10 janvier. Incision d'un gros abcès fémoral. Drainage.

Le 30 janvier, on incise un abcès de l'avant-bras gauche; dans le pus de cet abcès, on a trouvé des staphylocoques dorés.

Le 18 février, à l'examen, on constate un décollement de tous les muscles de la face externe de la jambe. Il existe en abondance du pus et des caillots qui fusent jusqu'au dessus du genou. On constate de la crépitation gazeuse sur toute la jambe œdématiée.

On pratique une incision et on retire les caillots et le pus; il se déclare une hémorrhagie qui nécessite le tamponnement, tout saignant en nappe.

Le 8 mai on constate un œdème dur du membre inférieur gauche.

Le malade est encore actuellement en traitement.

OBSERVATION VII.

Ostéite juxta-épiphyssaire du col du fémur. — Arthrite purulente consécutive. — Mort par broncho-pneumonie infectieuse.

D^r L. Monnier. Société anatomique, 25 mars 1852.

Le 24 février 1892, nous trouvons dans notre service d'enfants une fillette de 6 ans et demi entrée la veille et qui, 24 heures après un écart un peu violent survenu six jours avant, avait été prise d'une douleur assez vive dans la hanche gauche, accompagnée bientôt d'un état général grave, puisqu'en six jours elle en était arrivée à l'état suivant : adynamie profonde, subdélire, réponses vagues, faciès très altéré, thyphoïde; lèvres fuligineuses, langue sèche, rôtie. T. 40°, pouls petit, très fréquent.

En découvrant l'enfant, nous voyons que la cuisse gauche est en flexion et abduction, tout à fait dans l'attitude de la luxation ischio-pubienne, d'autant qu'à l'aîne il y a une saillie entourée d'un empâtement fort douloureux sans rougeur de la peau toutefois; la palpation nous donne sur ce point la sensation d'un engorgement ganglionnaire in-

flammatoire non fluctuant ; avec un peu de persistance et malgré de vives douleurs, nous étendons la cuisse et ramenons en parallélisme les deux membres inférieurs, il n'y a donc pas de luxation.

L'examen des viscères dénote une congestion de la base droite et un large foyer de broncho-pneumonie à la partie inférieure du poumon gauche.

Autopsie. — Lésions habituelles de la broncho-pneumonie du lobe inférieur gauche à la période de l'hépatisation rouge et de la congestion cérébrale. Les lésions importantes siègent à la hanche gauche. Les ganglions inguinaux et iliaques externes, ces derniers surtout, sont tuméfiés mais non suppurés. Le feuillet profond de l'aponévrose fémorale incisé, on tombe sur un foyer contenant une cuillerée à bouche de pus venant de l'articulation coxo-fémorale qui elle-même en est pleine. La cavité cotyloïde débarrassée de la tête présente à sa partie postéro-antérieure une tache rouge de congestion cutanée ayant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. C'est en effet en ce point que touche la portion altérée du col, sous forme d'une érosion de même largeur partant du cartilage d'encroûtement et descendant sur le bord inférieur du col. Là on ne voit plus trace du périoste et de la lame compacte, le tissu spongieux lui-même est lie de vin, un peu ramolli. Au pourtour de l'ulcération le périoste est décollé et la zone limitrophe du cartilage d'encroûtement est violacée, mais le cartilage épiphysaire n'est pas décollé. Rien ailleurs.

OBSERVATION VIII.

(Thèse de Goullioud, Lyon 1883.)

Ostéite infectieuse intra-étyloïdienne. — Ostéomyélite bipolaire du tibia à la suite d'un phlegmon diffus du sein. — Mort.

Marie Delvaux, née le 7 juin 1883, entre le 18 juin à la Maternité de la Charité de Lyon.

Elle présente au sein gauche un abcès phlegmoneux qui a paru depuis 4 jours. On l'incise et la fièvre qui était intense diminue.

Le 21, abcès au sein droit. La fièvre persiste même après l'incision.

Le 24, la cuisse gauche est fléchie sur le bassin qui est entraîné dans les mouvements du membre inférieur; les mouvements sont douloureux. Cependant pas de chaleur, pas de tuméfaction locale. (Edème de la jambe droite et abcès à son extrémité inférieure sur la face externe du tibia.

Le 4 juillet, nouvel abcès sur la face interne du tibia droit à son extrémité inférieure.

Incision jusqu'à l'os.

Les symptômes du côté de la hanche ne sont pas modifiés, la cuisse reste fléchie sur le bassin ; les mouvements communiqués sont douloureux et montrent une immobilité non absolue de l'articulation. Ni œdème, ni rougeur.

Mort le 5 juillet.

Autopsie. — Du côté de la hanche malade on trouve dans l'articulation une cuillerée de pus, la tête fémorale est absolument saine, recouverte de son cartilage. La cavité cotyloïde présente le même aspect normal, excepté en un point situé à la jonction des parties du pubis et de l'ilium qui prennent part à la formation du cotyle. A ce niveau le cartilage est rompu, décollé. Au-dessous, petite cavité du volume d'un pois, pleine de pus et correspondant à un point osseux dénudé du pubis. A son pourtour teinte rouillée du cartilage.

Pas d'abcès pelvien.

Ostéite bipolaire du tibia droit.

Pas d'abcès viscéraux.

OBSERVATION IX.

*(Présentée par M. Chipault à la Société anatomique le
6 juin 1890.*

*Ostéomyélite à streptocoques d'origine puerpérale chez un
nouveau né. — Ostéo-arthrites suppurées multiples.*

J. E., deux mois et demi, est amené à l'hôpital par sa

mère. Celle-ci se plaint d'avoir eu depuis l'accouchement des douleurs dans le ventre et des pertes blanches.

L'enfant est mal portant depuis sa naissance. Il y a plus d'un mois et demi que ses coudes ont commencé à grossir sans qu'il ait jamais beaucoup souffert.

Aujourd'hui arthrite des deux coudes avec une quantité considérable de liquide, probablement de pus, et fusées le long des os du bras et de l'avant-bras.

La pression et les mouvements de ces articulations sont à peine douloureux ; pas de rougeur de la peau. L'articulation coxo-fémorale droite contient aussi manifestement du liquide.

Petite collection sur le sacrum à droite de la ligne médiane à peu près au niveau de la 2^e vertèbre sacrée. L'enfant est mourant lorsqu'on le reçoit à l'hôpital.

T. 39°5.

Mort quelques heures après.

Autopsie. — Congestion pulmonaire intense. Pas d'infarctus dans les viscères.

L'ouverture des articulations malades montre les faits suivants :

1^o *Coude droit.* — Les surfaces humérales sont érodées, usées, presque complètement détruites. La tête du radius est presque décollée, de même que l'olécrane. Toutes ces parties baignent dans du pus crémeux ressemblant à du pus d'abcès, n'ayant pas l'aspect gris ordinaire du pus de l'ostéomyélite. Ce pus a perforé la synoviale en arrière au niveau du cul de sac tricipital, en avant au-dessus de l'apophyse coronoïde et envoyé des fusées très étendues. La

cavité synoviale et les diverticules contiennent presque un demi-litre de pus.

2° *Coude gauche.* — Lésions analogues, mais un peu moins marquées.

3° *Articulation coxo-fémorale droite.* — Pleine de pus qui a fusé en partie dans la fesse par une déchirure synoviale ; sur tous les autres points, la capsule est épaissie, peu résistante. La tête fémorale est complètement détruite ; il ne reste qu'un mamelon très peu convexe au ras de l'insertion synoviale ; ce mamelon est situé verticalement par des bandes de cartilage entre lesquelles l'os est à nu.

La section verticale de la partie supérieure du fémur a montré à la base du grand trochanter un tout petit foyer purulent de l'os intra-osseux.

Rien du côté des autres articulations.

La collection sacrée a été aussi incisée ; elle contenait du pus et avait manifestement l'os pour point de départ.

Du pus a été pris dans les diverses collections à la surface même des points osseux malades.

Les cultures nous ont démontré la présence du seul streptocoque.

OBSERVATION X.

Note sur un cas d'ostéomyélite aiguë intra-articulaire du col du fémur. — Arthrite purulente consécutive de la hanche. — Pyohémie.

Pièces présentées par M. Coudray à la Société anatomique,
le 6 mai 1887.

Il s'agit d'un garçon de 9 ans et demi qui est entré à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. le professeur Lannelongue, plus de trois semaines après le début des accidents. Il ressent de violentes douleurs dans le membre gauche et dans la hanche en particulier. Il existe un œdème de tout le membre. L'état général est très grave. Au moment où le malade est examiné, il présente les signes évidents de l'infection purulente : grandes oscillations thermométriques, arthrites purulentes multiples dans les épaules, dans le genou.

Quelle origine doit-on attribuer à cette pyohémie ?

L'attention est attirée du côté de la cuisse gauche, qui présente un gonflement considérable, marqué surtout à sa racine. Les mouvements sont encore possibles, l'articula-

tion semblerait relativement saine, au moins quant au squelette; mais en soulevant la cuisse, on perçoit dans la hanche un gros craquement sec manifestement dû au frottement des deux surfaces dénudées. M. Lannelongue porte le diagnostic d'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur ayant pour point de départ soit le col, soit la tête du fémur. Enfin il existe un empâtement dans la fosse iliaque interne, du même côté, et une énorme collection occupant presque toute la cuisse à la partie antérieure et interne.

L'enfant meurt au bout de quelques jours.

Autopsie. — On remarque :

1° A la périphérie, en dehors du squelette de la hanche, une collection purulente considérable occupant la fosse iliaque interne et les trois quarts inférieurs de la cuisse du côté gauche. Le corps du fémur n'est dénudé en aucun point;

2° L'articulation elle-même est remplie de pus et communique avec la poche purulente située en avant d'elle;

3° Le squelette de la hanche est le siège de lésions importantes. En sectionnant longitudinalement la tête et le col du fémur, la tête s'est détachée de la partie adjacente du col. Ce dernier présente à l'extérieur des inégalités, des petites saillies et une coloration grisâtre.

Sur sa face antérieure et sur son bord postérieur, l'os a subi un commencement d'ulcération. A la coupe, le tissu osseux présente une coloration grisâtre due à une infiltration purulente, principalement dans la moitié supérieure du col. La tête du fémur, complètement dépourvue de cartilage, est dure et infiltrée de taches jaunâtres purulentes. Elle a conservé sa régularité,

Le canal médullaire est sain.

Du côté de la cavité cotyloïde, les altérations sont moins prononcées ; néanmoins, le cartilage a disparu dans toute la partie antérieure et supérieure ; il ne persiste qu'en arrière et en bas et est recouvert en ce point par des bourgeons charnus rougeâtres.

Il s'agit donc d'une ostéomyélite aiguë ayant débuté par l'extrémité interne ou supérieure du col fémoral, ayant envahi consécutivement la tête fémorale et provoqué une arthrite purulente. La collection intra-articulaire s'est elle-même propagée dans la fosse iliaque par la bourse du psoas et est descendue dans la cuisse par la même voie.

CONCLUSIONS.

1° L'ostéomyélite de la hanche, heureusement rare, est fort grave et la mort s'observe dans presque tous les cas ;

2° Le sexe paraît y avoir moins d'influence que dans les autres localisations de la maladie ;

3° Le diagnostic doit se faire surtout par l'état général très grave et par la présence de la douleur et du gonflement local ;

4° Elle nécessite un traitement rapide et énergique.

Vu :

Le Président,

LE DENTU.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

